

SỞ TƯ PHÁP TỈNH TUYỀN QUANG

TÌM HIỂU

Quy định của Nghị định số 188/2025/NĐ-CP, ngày 01/7/2025 của Chính phủ Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế về hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

Ngày 01/7/2025, Chính phủ đã ban hành Nghị định số 188/2025/NĐ-CP Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế (sau đây viết tắt là Nghị định số 188/2025/NĐ-CP).

Sở Tư pháp tỉnh Tuyền Quang trân trọng giới thiệu quy định của Nghị định số 188/2025/NĐ-CP về hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

I. Điều kiện ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

Điều 22 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP, ngày 01/7/2025 của Chính phủ Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế quy định việc ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế phải bảo đảm các điều kiện sau:

1. Bảo đảm các điều kiện hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại Điều 49 Luật Khám bệnh, chữa bệnh phù hợp với phạm vi cung ứng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

2. Bảo đảm tiêu chuẩn kết nối, liên thông dữ liệu khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với hệ thống thông tin, giám định bảo hiểm y tế của cơ quan bảo hiểm xã hội theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế và xác thực dữ liệu thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của pháp luật.

II. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

Điều 23 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP, ngày 01/7/2025 của Chính phủ Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế quy định về hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế như sau:

1. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được ký giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng đủ điều kiện theo quy định và cơ quan bảo hiểm xã hội được cấp có thẩm quyền giao nhiệm vụ ký hợp đồng:

a) Mỗi giấy phép hoạt động được dùng để ký 01 hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;

b) Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có thêm cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên cùng địa bàn tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương thì có thể ký 01 hợp

đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ quan bảo hiểm xã hội hoặc hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho từng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh với cơ quan bảo hiểm xã hội;

c) Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có thêm cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tại địa bàn tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương khác thì mỗi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ quan bảo hiểm xã hội nơi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đặt địa điểm;

d) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trực thuộc đáp ứng đủ điều kiện theo quy định nhưng không cùng cấp chuyên môn kỹ thuật thì ký riêng hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh cho cơ sở trực thuộc;

đ) Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thuộc thẩm quyền quản lý của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có thể ký 01 hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ quan bảo hiểm xã hội quân đội, công an và 01 hợp đồng với cơ quan bảo hiểm xã hội trực thuộc Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

2. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được thực hiện theo Mẫu số 5 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 188/2025/NĐ-CP và có các nội dung cơ bản quy định. Phụ lục hợp đồng và các văn bản thông báo là thành phần không tách rời của hợp đồng và có thời hạn hiệu lực theo thời hạn hiệu lực của hợp đồng.

3. Trường hợp có thay đổi về tên gọi, con dấu, tài khoản, chủ tài khoản của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc cơ quan bảo hiểm xã hội, thay đổi cấp chuyên môn kỹ thuật, thay đổi số giường bệnh mà phải điều chỉnh giấy phép hoạt động, thay đổi phương thức thanh toán, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội phải ký phụ lục hợp đồng.

4. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có hiệu lực kể từ ngày ký hợp đồng hoặc được quy định cụ thể trong hợp đồng.

5. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế là hợp đồng không xác định thời hạn hoặc có thời hạn theo thỏa thuận của 02 bên, trừ trường hợp chấm dứt hợp đồng trong trường hợp do hai bên thỏa thuận chấm dứt hợp đồng trước thời hạn; cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chấm dứt hoạt động, giải thể, phá sản; cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bị thu hồi giấy phép hoạt động; quá thời hạn tạm dừng hoạt động 03 tháng mà cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chưa khắc phục được các nội dung vi phạm để tiếp tục hoạt động trở lại. Hằng năm, khi kết thúc năm tài chính, cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cùng thống nhất xác định các nội dung và số chi phí khám bệnh, chữa bệnh đề nghị thanh toán, tạm ứng, đã giám định, đã thanh toán, chưa thanh toán, quyết toán, từ chối thanh toán, thu hồi trong năm và phương thức, thời hạn giải quyết đối với từng nội dung chưa thống nhất, các nghĩa vụ phải thực hiện của từng bên để làm căn cứ cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực

hiện các quyền, nghĩa vụ tài chính, quyết toán và nộp thuế (nếu có) đúng thời hạn và cơ quan bảo hiểm xã hội thực hiện tổng kết, báo cáo, quyết toán.

6. Khi chấm dứt hợp đồng các bên phải thực hiện thủ tục thanh lý hợp đồng theo Mẫu số 6 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 188/2025/NĐ-CP.

7. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ được khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế kể từ thời điểm hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có hiệu lực. Các bên ký hợp đồng phải bảo đảm các điều kiện của hợp đồng trong suốt thời gian thực hiện hợp đồng.

8. Người ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh là người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại khoản 7 Điều 2 của Nghị định 96/2023/NĐ-CP ngày 30 tháng 12 năm 2023 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh; người đứng tên trên đăng ký hộ kinh doanh cá thể sở hữu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân, người được giao đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong điều lệ hợp tác xã hoặc hoặc cấp phó được các đối tượng quy định tại khoản này phân công hoặc ủy quyền.

9. Đối với các đơn vị, trường học không phải cơ quan nhà nước, đơn vị sự nghiệp công lập thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của đơn vị, trường học này áp dụng các quy định về hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân.

III. Các trường hợp ký phụ lục hợp đồng và thông báo thông tin thay đổi trong thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

Điều 24 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP, ngày 01/7/2025 của Chính phủ Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế quy định về các trường hợp ký phụ lục hợp đồng và thông báo thông tin thay đổi trong thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế như sau:

1. Trong quá trình thực hiện hợp đồng nếu có phát sinh, thay đổi các nội dung liên quan đến việc thực hiện hợp đồng thì các bên thực hiện thủ tục ký phụ lục hợp đồng, thông báo theo quy định, chấm dứt hợp đồng.

2. Trường hợp thay đổi tên gọi, con dấu, tài khoản, chủ tài khoản của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc cơ quan bảo hiểm xã hội, thay đổi cấp chuyên môn kỹ thuật, thay đổi số giường bệnh mà phải điều chỉnh giấy phép hoạt động, thay đổi phương thức thanh toán thì ký phụ lục hợp đồng.

3. Các trường hợp khác có phát sinh, thay đổi các nội dung liên quan đến việc thực hiện hợp đồng thì các bên không phải ký lại hợp đồng, phụ lục hợp đồng. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội đã ký hợp đồng thực hiện thủ tục thông báo để làm căn cứ thực hiện như sau:

a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi văn bản có thông tin, tài liệu liên quan đến việc thay đổi cho cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng. Văn bản do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ký ban hành là bản gốc, văn bản do cơ quan có thẩm quyền ban hành là bản chụp có đóng dấu treo của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để xác nhận;

b) Trường hợp cơ quan bảo hiểm xã hội có ý kiến về các nội dung thay đổi, phát sinh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, trong thời hạn tối đa không quá 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận được văn bản thông báo của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm gửi văn bản phản hồi cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nêu rõ nội dung, lý do trong văn bản phản hồi. Trường hợp quá thời hạn 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận được văn bản thông báo mà cơ quan bảo hiểm xã hội không có ý kiến thì được coi là đồng ý;

c) Trong thời hạn tối đa không quá 15 ngày kể từ ngày nhận được văn bản phản hồi có ý kiến của cơ quan bảo hiểm xã hội, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm gửi văn bản trả lời các ý kiến của cơ quan bảo hiểm xã hội.

4. Trong thời gian chờ ký phụ lục hợp đồng, quỹ bảo hiểm y tế tiếp tục thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, bảo đảm tính liên tục.

IV. Nội dung hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

Điều 25 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP, ngày 01/7/2025 của Chính phủ Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế quy định về nội dung hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế như sau:

1. Nội dung cơ bản của hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được lập theo Mẫu số 5 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 188/2025/NĐ-CP. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có nhiều cơ sở trực thuộc được cấp giấy phép hoạt động ở các địa điểm khác nhau và ký chung hợp đồng thì phải thể hiện rõ nội dung cho từng cơ sở trực thuộc.

2. Nội dung về đối tượng phục vụ, yêu cầu về phạm vi cung ứng dịch vụ của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải phù hợp với phạm vi hoạt động chuyên môn đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt. Dự kiến số lượng thẻ và cơ cấu nhóm đối tượng tham gia bảo hiểm y tế đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu phải phù hợp với quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

3. Tùy theo điều kiện của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có thể bổ sung nội dung khác trong hợp đồng và phải được sự thống nhất, đồng thuận của hai bên, không trái quy định của pháp luật. Trường hợp không đạt được sự thống nhất, đồng thuận của hai bên về nội dung bổ sung thì không đưa vào hợp đồng.

4. Phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh thực hiện theo quy định tại Chương VII Nghị định số 188/2025/NĐ-CP.

5. Quy định về thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong hợp đồng do hai bên thống nhất các nội dung theo quy định tại Nghị định số 188/2025/NĐ-CP và pháp luật về bảo hiểm y tế.

6. Thời hạn của hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thực hiện theo quy định.

7. Phương thức giải quyết tranh chấp hợp đồng do hai bên thỏa thuận. Trường hợp các bên lựa chọn khởi kiện ra toà án để giải quyết tranh chấp hợp đồng thì thực hiện theo quy định của pháp luật dân sự. Trường hợp phát sinh vướng mắc về chính sách, pháp luật, quy định, hướng dẫn chuyên môn, các bên phản ánh, kiến nghị đến cơ quan nhà nước có thẩm quyền giải quyết.

8. Quy định việc thông báo và phản hồi giữa các bên khi có thay đổi, phát sinh liên quan đến thực hiện hợp đồng; cơ chế tiếp nhận, phản hồi thông tin liên quan đến trích chuyên, gửi dữ liệu giám định và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

V. Hồ sơ ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

Điều 26 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP, ngày 01/7/2025 của Chính phủ Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế quy định về hồ sơ ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế như sau:

1. Hồ sơ ký hợp đồng bao gồm:

a) Văn bản đề nghị ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo Mẫu số 7 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 188/2025/NĐ-CP;

b) Bản chụp giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh do cơ quan nhà nước có thẩm quyền cấp cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có đóng dấu treo của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để xác nhận;

c) Bản chụp quyết định xếp cấp hoặc tạm xếp cấp chuyên môn kỹ thuật cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của cơ quan có thẩm quyền; bản chụp văn bản của cơ quan có thẩm quyền xác định cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã được phân tuyến chuyên môn kỹ thuật trước ngày 01 tháng 01 năm 2025. Các văn bản này phải có đóng dấu treo của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để xác nhận;

d) Bản chụp có đóng dấu treo của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để xác nhận quyết định phê duyệt danh mục dịch vụ kỹ thuật y tế được cấp có thẩm quyền phê duyệt;

đ) Danh mục thuốc, thiết bị y tế sử dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

e) Bảng kê nhân lực, tổng số giường bệnh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo từng khoa, phòng, bộ phận chuyên môn được cấp có thẩm quyền phê duyệt;

g) Bản chụp có đóng dấu treo của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để xác nhận đối với quyết định phê duyệt giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh thuộc danh mục do quỹ bảo hiểm y tế thanh toán được cấp có thẩm quyền phê duyệt. Đối với trường hợp thanh toán chi phí dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có văn bản đề xuất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế áp dụng để xác định mức thanh toán tại cơ sở;

h) Bảng kê danh mục các thiết bị phần mềm, phần cứng bảo đảm việc kết nối liên thông để trích chuyển dữ liệu điện tử trong thanh toán bảo hiểm y tế theo Mẫu số 8 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 188/2025/NĐ-CP;

i) Đối với các văn bản yêu cầu bản chụp, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không phải nộp bản chụp trong trường hợp cơ quan có thẩm quyền khi ban hành văn bản đã gửi cho cơ quan bảo hiểm xã hội hoặc trường hợp có thể tra cứu trên hệ thống trực tuyến của cơ quan có thẩm quyền nhưng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải dẫn chiếu địa chỉ trang thông tin điện tử có thể tra cứu trong văn bản đề nghị ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

2. Trường hợp ký hợp đồng nối tiếp khi hợp đồng đã ký hết hạn hoặc hai bên thống nhất chấm dứt hợp đồng trước thời hạn mà các tài liệu không có sự thay đổi, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không phải nộp lại và được sử dụng hồ sơ đã nộp khi ký hợp đồng liền kề trước đó. Trường hợp các tài liệu trong hồ sơ có sự thay đổi thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ phải nộp các tài liệu chứng minh nội dung thay đổi.

3. Số lượng hồ sơ: 01 bộ.

4. Hồ sơ được nộp bằng bản điện tử trên Cổng dịch vụ công quốc gia hoặc qua ứng dụng của cơ quan bảo hiểm xã hội. Trong thời hạn chưa hoàn thành hệ thống dịch vụ công trực tuyến và tại các đơn vị hành chính ở vùng có điều kiện kinh tế xã hội khó khăn hoặc đặc biệt khó khăn thì nộp hồ sơ trực tiếp tại bộ phận một cửa của cơ quan bảo hiểm xã hội được giao nhiệm vụ tiếp nhận hoặc gửi qua dịch vụ bưu chính công ích đến cơ quan bảo hiểm xã hội được giao nhiệm vụ tiếp nhận.

VI. Hồ sơ ký phụ lục hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

Điều 27 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP, ngày 01/7/2025 của Chính phủ Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế quy định về hồ sơ ký phụ lục hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế như sau:

1. Hồ sơ ký phụ lục hợp đồng bao gồm:

a) Văn bản đề nghị ký phụ lục hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan bảo hiểm xã hội theo Mẫu số 7 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 188/2025/NĐ-CP;

b) Bản chụp văn bản chứng minh sự thay đổi có đóng dấu treo của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc cơ quan bảo hiểm xã hội để xác nhận.

2. Số lượng hồ sơ: 01 bộ.

3. Hồ sơ được nộp bằng bản điện tử trên cổng dịch vụ công quốc gia hoặc qua ứng dụng của cơ quan bảo hiểm xã hội. Trong thời hạn chưa hoàn thành hệ thống dịch vụ công trực tuyến và tại các đơn vị hành chính ở vùng có điều kiện kinh tế xã hội khó khăn hoặc đặc biệt khó khăn thì nộp hồ sơ trực tiếp tại bộ phận một cửa của cơ quan bảo hiểm xã hội được giao nhiệm vụ tiếp nhận hoặc gửi qua dịch vụ bưu chính công ích đến cơ quan bảo hiểm xã hội được giao nhiệm vụ tiếp nhận.

VII. Thủ tục ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

Điều 28 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP, ngày 01/7/2025 của Chính phủ Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế quy định về thủ tục ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế như sau:

1. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi hồ sơ đến cơ quan bảo hiểm xã hội được cấp có thẩm quyền giao nhiệm vụ ký hợp đồng.

2. Trường hợp không có yêu cầu sửa đổi, bổ sung hồ sơ, trong thời hạn 10 ngày kể từ ngày nhận đủ hồ sơ hợp lệ và đủ điều kiện để ký hợp đồng (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến), cơ quan bảo hiểm xã hội phải thực hiện xong việc ký hợp đồng.

3. Trường hợp có yêu cầu sửa đổi, bổ sung hồ sơ được thực hiện như sau:

a) Trong thời hạn 05 ngày làm việc, kể từ ngày nhận hồ sơ (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến), cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm trả lời bằng văn bản nêu cụ thể nội dung cần sửa đổi, bổ sung gửi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

b) Trong thời hạn 30 ngày kể từ ngày nhận được văn bản yêu cầu sửa đổi, bổ sung (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến), cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm sửa đổi, bổ sung hồ sơ và gửi cơ quan bảo hiểm xã hội. Trường hợp quá 30 ngày mà cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không bổ sung và gửi hồ sơ thì phải thực hiện lại thủ tục gửi hồ sơ;

c) Trong thời hạn 10 ngày kể từ ngày nhận hồ sơ sửa đổi, bổ sung (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến), cơ quan bảo hiểm xã hội thực hiện ký hợp đồng trong trường hợp đủ điều kiện hoặc có văn bản thông báo từ chối ký hợp đồng trong trường hợp chưa đủ điều kiện và nêu rõ lý do, căn cứ pháp lý xác định chưa đủ điều kiện ký hợp đồng.

4. Việc thẩm định để ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được thực hiện trên hồ sơ do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nộp. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về tính chính xác của hồ sơ và bảo đảm tuân thủ các điều kiện hoạt động khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của pháp luật.

5. Trường hợp ký hợp đồng nối tiếp khi hợp đồng đã ký hết hạn hoặc hai bên thống nhất chấm dứt hợp đồng trước thời hạn, các bên thực hiện thủ tục theo quy định như sau:

a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi hồ sơ đến cơ quan bảo hiểm xã hội được cấp có thẩm quyền giao nhiệm vụ ký hợp đồng;

b) Trường hợp không có yêu cầu sửa đổi, bổ sung hồ sơ, trong thời hạn 03 ngày làm việc, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ hợp lệ và đủ điều kiện ký hợp đồng (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến), cơ quan bảo hiểm xã hội phải thực hiện xong việc ký hợp đồng;

c) Trường hợp có yêu cầu sửa đổi, bổ sung hồ sơ, trong thời hạn 02 ngày làm việc, kể từ ngày nhận hồ sơ (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến), cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm trả lời bằng văn bản nêu cụ thể nội dung cần sửa đổi, bổ sung gửi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

d) Trong thời hạn 10 ngày kể từ ngày nhận được văn bản yêu cầu sửa đổi, bổ sung (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến), cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm sửa đổi, bổ sung hồ sơ và gửi cơ quan bảo hiểm xã hội. Trường hợp quá 10 ngày mà cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không bổ sung và gửi hồ sơ thì phải thực hiện lại thủ tục gửi hồ sơ theo quy định;

đ) Trong thời hạn 03 ngày làm việc, kể từ ngày nhận được hồ sơ sửa đổi, bổ sung (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến), cơ quan bảo hiểm xã hội thực hiện ký hợp đồng trong trường hợp đủ điều kiện hoặc có văn bản thông báo từ chối ký hợp đồng trong trường hợp chưa đủ điều kiện và nêu rõ lý do, căn cứ pháp lý xác định chưa đủ điều kiện ký hợp đồng;

e) Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội thống nhất tiếp tục ký hợp đồng mới khi hết thời hạn hiệu lực của hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, việc ký hợp đồng mới phải bảo đảm ngày có hiệu lực của hợp đồng nối tiếp với thời hạn hiệu lực của hợp đồng cũ.

VIII. Thủ tục ký phụ lục hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

Điều 29 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP, ngày 01/7/2025 của Chính phủ Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế quy định về thủ tục ký phụ lục hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế như sau:

1. Trong thời hạn 03 ngày làm việc kể từ ngày có văn bản của cấp có thẩm quyền về việc thay đổi tên gọi, con dấu, tài khoản, chủ tài khoản của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc cơ quan bảo hiểm xã hội, thay đổi cấp chuyên môn kỹ thuật, thay đổi số giường bệnh, cơ quan bảo hiểm xã hội gửi hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi hồ sơ ký phụ lục hợp đồng cho bên còn lại.

2. Trong thời hạn 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận được hồ sơ, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội hoàn thành việc ký phụ lục hợp đồng.

IX. Ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã, phường, đặc khu, nhà hộ sinh, phòng khám đa khoa khu vực, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của cơ quan, đơn vị, trường học

Điều 30 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP, ngày 01/7/2025 của Chính phủ Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế quy định về ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã, phường, đặc khu, nhà hộ sinh, phòng khám đa khoa khu vực, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của cơ quan, đơn vị, trường học như sau:

1. Đối với trạm y tế xã, phường, đặc khu, nhà hộ sinh, phòng khám đa khoa khu vực, việc ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được thực hiện theo một trong hai hình thức sau đây:

a) Ủy ban nhân dân cấp tỉnh quyết định 01 đơn vị đại diện ký hợp đồng với cơ quan bảo hiểm xã hội cho trạm y tế xã, phường, đặc khu, nhà hộ sinh, phòng khám đa khoa khu vực thuộc địa bàn quản lý;

b) Trạm y tế xã, phường, đặc khu, nhà hộ sinh, phòng khám đa khoa khu vực trực tiếp ký hợp đồng với cơ quan bảo hiểm xã hội.

2. Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của cơ quan, đơn vị, trường học (trừ cơ quan, đơn vị, trường học được cấp kinh phí khám bệnh, chữa bệnh trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu), cơ quan bảo hiểm xã hội ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trực tiếp với cơ quan, đơn vị, trường học.

3. Đơn vị ký hợp đồng có trách nhiệm bảo đảm điều kiện hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo đúng hợp đồng đã ký.

X. Tạm dừng hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

Điều 31 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP, ngày 01/7/2025 của Chính phủ Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế quy định về tạm dừng hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế như sau:

1. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tạm dừng toàn bộ hoặc một phần trong trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bị đình chỉ toàn bộ hoặc một phần hoạt động theo quyết định của cơ quan có thẩm quyền.

2. Khi ra quyết định đình chỉ toàn bộ hoặc một phần hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan có thẩm quyền có trách nhiệm gửi thông báo đến cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng. Việc tạm dừng hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh được tính từ thời điểm quyết định đình chỉ toàn bộ hoặc một phần hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có hiệu lực. Khi ra quyết định cho phép cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoạt động trở lại, cơ quan có thẩm quyền có trách nhiệm gửi thông báo đến cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng.

3. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bị đình chỉ hoạt động được cơ quan có thẩm quyền cho phép hoạt động trở lại, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có văn bản thông báo với cơ quan bảo hiểm xã hội về việc tiếp tục thực hiện hợp đồng và các tài liệu chứng minh nếu có sự thay đổi so với hồ sơ ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh trước khi tạm dừng hợp đồng.

4. Khi tạm dừng hợp đồng, hai bên phải thống nhất phương án bảo đảm quyền lợi cho người bệnh trong thời gian tạm dừng hợp đồng. Khi tiếp tục thực hiện hợp đồng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm bảo đảm điều kiện hoạt động theo đúng hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đã ký kết.

XI. Các trường hợp chấm dứt hợp đồng và thủ tục chấm dứt hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

Điều 32 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP, ngày 01/7/2025 của Chính phủ Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế quy định về các trường hợp chấm dứt hợp đồng và thủ tục chấm dứt hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế như sau:

1. Các trường hợp chấm dứt hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế bao gồm:

- a) Hết thời hạn của hợp đồng;
- b) Hai bên thỏa thuận chấm dứt hợp đồng trước thời hạn;
- c) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chấm dứt hoạt động, giải thể, phá sản;
- d) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bị thu hồi giấy phép hoạt động;
- đ) Quá thời hạn tạm dừng hoạt động 03 tháng mà cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chưa khắc phục được các nội dung vi phạm để tiếp tục hoạt động trở lại.

2. Khi hết thời hạn hợp đồng do hết thời hạn của hợp đồng, do hai bên thỏa thuận, các bên thực hiện thủ tục thanh lý hợp đồng theo quy định.

3. Đối với trường hợp chấm dứt hợp đồng do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chấm dứt hoạt động, giải thể, phá sản; cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bị thu hồi giấy phép hoạt động, trong thời hạn 03 ngày làm việc kể từ ngày chấm dứt hoạt động theo quyết định của cơ quan nhà nước có thẩm quyền, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm thông báo cho cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng về việc chấm dứt hợp đồng. Các bên thực hiện thủ tục thanh lý hợp đồng theo quy định. Thời điểm chấm dứt hợp đồng kể từ ngày quyết định chấm dứt hoạt động hoặc thu hồi giấy phép hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có hiệu lực.

4. Trường hợp quá thời hạn tạm dừng hoạt động mà cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chưa được cấp có thẩm quyền theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh cho phép tiếp tục hoạt động trở lại, cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng

và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện chấm dứt hợp đồng và thanh lý hợp đồng theo quy định.

XII. Thanh lý hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

Điều 33 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP, ngày 01/7/2025 của Chính phủ Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế quy định về thanh lý hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế như sau:

1. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được thanh lý sau khi chấm dứt hợp đồng theo quy định. Mẫu thanh lý hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được thực hiện theo Mẫu số 6 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 188/2025/NĐ-CP.

2. Việc thanh lý hợp đồng được thực hiện theo quy định của pháp luật dân sự.

3. Hai bên cùng đối chiếu, xác định, thống nhất các nội dung và số chi phí khám bệnh, chữa bệnh đề nghị thanh toán, tạm ứng, đã giám định, đã thanh toán, chưa thanh toán, quyết toán, từ chối thanh toán, thu hồi trong năm và phương thức, thời hạn giải quyết đối với từng nội dung chưa thống nhất, các nghĩa vụ phải thực hiện của từng bên; các khoản tiền truy thu hoặc hoàn trả (nếu có) để làm căn cứ chấm dứt hợp đồng. Sau khi thống nhất, xác nhận, cơ quan bảo hiểm xã hội thực hiện thanh toán hoặc thu hồi các khoản tiền liên quan theo quy định.

4. Quyền và nghĩa vụ của cơ quan bảo hiểm xã hội:

a) Kiểm tra, xác nhận công nợ, tài liệu đối chiếu quyết toán của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; yêu cầu hoàn trả các khoản thanh toán sai quy định (nếu có); từ chối thanh lý nếu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chưa hoàn tất các nghĩa vụ tài chính hoặc chưa cung cấp đủ tài liệu phục vụ quyết toán;

b) Có trách nhiệm thực hiện thanh toán các khoản chi phí chưa thanh toán đúng thời hạn; không yêu cầu bàn giao hồ sơ bệnh án gốc, trừ trường hợp có quy định khác của pháp luật.

5. Quyền và nghĩa vụ của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

a) Yêu cầu cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán đầy đủ các khoản chi phí đã quyết toán; giữ lại hồ sơ bệnh án theo đúng quy định và chỉ bàn giao tài liệu phục vụ quyết toán; được đề nghị tiếp tục ký hợp đồng nếu có nhu cầu và đáp ứng điều kiện theo quy định;

b) Có trách nhiệm hoàn thành quyết toán tài chính và thanh toán các khoản phải hoàn trả (nếu có); cung cấp tài liệu phục vụ đối chiếu, kiểm tra nhưng phải bảo đảm quy định về lưu trữ hồ sơ bệnh án và chịu trách nhiệm trước pháp luật đối với các hồ sơ, tài liệu đã thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội; bảo đảm việc chuyển người bệnh sang các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác và không ảnh hưởng đến quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế.

XIII. Quyền và trách nhiệm của cơ quan bảo hiểm xã hội trong thực hiện hợp đồng

Điều 34 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP, ngày 01/7/2025 của Chính phủ Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế quy định cơ quan bảo hiểm xã hội có quyền và trách nhiệm sau trong thực hiện hợp đồng:

1. Quyền của cơ quan bảo hiểm xã hội

a) Các quyền theo quy định tại Điều 40 của Luật Bảo hiểm y tế, gồm:

- Yêu cầu người sử dụng lao động, đại diện của người tham gia bảo hiểm y tế và người tham gia bảo hiểm y tế cung cấp đầy đủ, chính xác thông tin, tài liệu có liên quan đến trách nhiệm của họ về việc thực hiện bảo hiểm y tế.

- Kiểm tra việc thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; giám định bảo hiểm y tế; thu hồi, tạm giữ thẻ bảo hiểm y tế đối với trường hợp thuộc diện bị thu hồi, tạm giữ.

- Yêu cầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cung cấp hồ sơ, bệnh án, tài liệu về khám bệnh, chữa bệnh để phục vụ công tác giám định bảo hiểm y tế.

- Từ chối thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế không đúng quy định của Luật này hoặc không đúng với nội dung hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

- Yêu cầu người có trách nhiệm bồi thường thiệt hại cho người tham gia bảo hiểm y tế hoàn trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh mà cơ quan bảo hiểm xã hội đã chi trả.

- Kiến nghị với cơ quan nhà nước có thẩm quyền sửa đổi, bổ sung chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế và xử lý tổ chức, cá nhân vi phạm pháp luật về bảo hiểm y tế.

b) Yêu cầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện chuyển dữ liệu điện tử đã được xác thực để thực hiện thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế;

c) Yêu cầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuyết minh trong trường hợp cơ quan bảo hiểm xã hội thống kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tăng cao hơn so với mức tăng bình quân của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cùng cấp chuyên môn kỹ thuật, cùng loại hình cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đa khoa hoặc chuyên khoa trong năm trên địa bàn tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương hoặc toàn quốc hoặc mức tăng bình quân của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó cùng kỳ năm trước;

d) Từ chối thanh toán các chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế không đúng quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế và khám bệnh, chữa bệnh.

2. Trách nhiệm của cơ quan bảo hiểm xã hội

a) Thực hiện theo quy định tại Điều 41 của Luật Bảo hiểm y tế, gồm:

- Tuyên truyền, phổ biến chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế.

- Tổ chức để đối tượng tự đóng bảo hiểm y tế đóng bảo hiểm y tế theo hộ gia đình thuận lợi tại đại lý bảo hiểm y tế. Hướng dẫn hồ sơ, thủ tục, nơi đăng ký tham gia bảo hiểm y tế và tổ chức thực hiện chế độ bảo hiểm y tế, bảo đảm nhanh chóng, đơn giản và thuận tiện cho người tham gia bảo hiểm y tế. Rà soát, tổng hợp, xác nhận danh sách tham gia bảo hiểm y tế để tránh cấp trùng thẻ bảo hiểm y tế của các đối tượng tham gia bảo hiểm y tế, trừ các đối tượng do Bộ Quốc phòng và Bộ Công an quản lý.

- Thu tiền đóng bảo hiểm y tế và cấp thẻ bảo hiểm y tế.

- Quản lý, sử dụng quỹ bảo hiểm y tế.

- Ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

- Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

- Cung cấp thông tin về các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và hướng dẫn người tham gia bảo hiểm y tế lựa chọn cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ban đầu.

- Kiểm tra việc thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; giám định bảo hiểm y tế.

- Bảo vệ quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế; giải quyết theo thẩm quyền các kiến nghị, khiếu nại, tố cáo về chế độ bảo hiểm y tế.

- Lưu trữ hồ sơ, số liệu về bảo hiểm y tế theo quy định của pháp luật; xác định thời gian tham gia bảo hiểm y tế để đảm bảo quyền lợi cho người tham gia bảo hiểm y tế; ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bảo hiểm y tế, xây dựng cơ sở dữ liệu quốc gia về bảo hiểm y tế.

- Tổ chức thực hiện công tác thống kê, báo cáo, hướng dẫn nghiệp vụ về bảo hiểm y tế; báo cáo định kỳ hoặc đột xuất khi có yêu cầu về quản lý, sử dụng quỹ bảo hiểm y tế.

- Tổ chức đào tạo, bồi dưỡng nghiệp vụ, nghiên cứu khoa học và hợp tác quốc tế về bảo hiểm y tế.

b) Cung cấp cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thông tin về lịch sử khám bệnh, chữa bệnh của người tham gia bảo hiểm y tế;

c) Bảo mật các thông tin thu thập trong quá trình thực hiện giám định và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, khai thác, sử dụng Hồ sơ bệnh án theo quy định của pháp luật;

d) Phối hợp với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong việc xác minh, làm rõ thông tin của người tham gia bảo hiểm y tế khi có yêu cầu và giải quyết các khó khăn, vướng mắc trong việc tiếp nhận, kiểm tra thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; xem xét thu hồi, tạm giữ hoặc tạm khóa thẻ bảo hiểm y tế và xử lý theo thẩm quyền đối với các trường hợp vi phạm khi tiếp nhận được thông tin phản ánh về các trường hợp vi phạm; hướng dẫn, hỗ trợ kỹ thuật trong việc trích chuyển dữ liệu điện tử để phục vụ công tác giám định và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

đ) Duy trì tiếp nhận, phản hồi kịp thời việc tiếp nhận dữ liệu đề nghị thanh toán, gửi trả hồ sơ lỗi trong đó nêu cụ thể các lỗi, phần chi phí đề nghị thanh toán bị trả lại do lỗi, kết quả giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, các sự cố, vướng mắc liên quan đến việc tiếp nhận dữ liệu cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định;

e) Tạm ứng, thanh toán và quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đúng thời hạn và đúng số lượng, tỷ lệ tạm ứng theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế;

g) Thống nhất số lượng hồ sơ gửi giám định, số tạm ứng chi phí khám bệnh, chữa bệnh kỳ kế tiếp khi xảy ra sự cố, vướng mắc trong việc tiếp nhận dữ liệu;

h) Kiểm tra việc thực hiện hợp đồng, kiểm tra việc duy trì các điều kiện sau khi ký hợp đồng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

3. Thực hiện các quyền và trách nhiệm khác theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế và khám bệnh, chữa bệnh.

4. Trách nhiệm giải trình với cơ quan quản lý nhà nước về y tế trong trường hợp có kiến nghị, phản ánh cơ quan bảo hiểm xã hội có hành vi vi phạm hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, thanh toán, từ chối thanh toán, thu hồi chi phí khám bệnh, chữa bệnh không đúng quy định của pháp luật.

XIV. Quyền và trách nhiệm của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong thực hiện hợp đồng

Điều 35 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP, ngày 01/7/2025 của Chính phủ Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế quy định cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có quyền và trách nhiệm của trong thực hiện hợp đồng:

1. Quyền của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

a) Các quyền theo quy định tại Điều 42 của Luật Bảo hiểm y tế và quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh;

b) Được cung cấp thông tin kịp thời khi hệ thống thông tin giám định bảo hiểm y tế phát hiện có gia tăng chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cao so với mức chi phí bình quân của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cùng cấp chuyên môn

kỹ thuật, cùng loại hình cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đa khoa hoặc chuyên khoa trong năm trên địa bàn tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương hoặc toàn quốc hoặc mức tăng bình quân của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó cùng kỳ năm trước để kịp thời rà soát, kiểm tra xác minh, thực hiện giải pháp điều chỉnh phù hợp;

c) Được đề nghị cơ quan bảo hiểm xã hội làm rõ lý do chậm thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;

d) Được cơ quan bảo hiểm xã hội thông báo kịp thời về các sự cố của hệ thống tiếp nhận dữ liệu, các lỗi của hồ sơ, dữ liệu chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế khi gửi đề nghị thanh toán;

đ) Được kiến nghị cơ quan quản lý nhà nước về y tế, tài chính hướng dẫn, giải quyết các vướng mắc phát sinh trong quá trình thực hiện hợp đồng;

e) Được cơ quan có thẩm quyền lấy ý kiến đối với quy trình, thủ tục giám định, các quy định, chính sách bảo hiểm y tế có liên quan đến quyền, nghĩa vụ của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

2. Trách nhiệm của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

a) Thực hiện quy định tại Điều 43 của Luật Bảo hiểm y tế và các trách nhiệm theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh;

b) Rà soát, ban hành kịp thời các quy trình, hướng dẫn chuyên môn trong khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; tuân thủ các quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh, các hướng dẫn chuyên môn của Bộ Y tế và quy định của pháp luật có liên quan về mua sắm, đấu thầu để bảo đảm cung ứng thuốc hóa chất, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế có chất lượng, hiệu quả và tiết kiệm;

c) Gửi dữ liệu điện tử về chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế sau khi kết thúc lượt khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh, ký số bằng tổng hợp chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người tham gia bảo hiểm y tế hằng tháng, quý theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế; xác thực dữ liệu điện tử theo quy định của pháp luật; chịu trách nhiệm trước pháp luật về tính chính xác của bản tổng hợp chi phí đề nghị thanh toán với bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của người bệnh;

d) Thiết lập hệ thống cơ sở hạ tầng công nghệ thông tin, nâng cấp, hoàn thiện hệ thống phần mềm quản lý bệnh viện để thực hiện đúng quy định của pháp luật về chuẩn dữ liệu đầu vào, chuẩn dữ liệu đầu ra, trích chuyển dữ liệu điện tử, chuyển đổi số và giao dịch điện tử trong lĩnh vực y tế;

đ) Tuân thủ các quy định về thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; chủ động rà soát, kiểm tra các chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tăng cao tại cơ sở theo kiến nghị, cảnh báo của cơ quan bảo hiểm xã hội; xác định nguyên nhân chủ quan, khách quan, xây dựng và tổ chức thực hiện các giải pháp để khắc phục các nguyên nhân chủ quan, bắt cập gửi cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng;

e) Công khai kết quả xếp cấp chuyên môn kỹ thuật được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt kèm theo số điểm trên trang thông tin điện tử của cơ sở và tại nơi đón tiếp người bệnh. Cơ quan có thẩm quyền xếp cấp chuyên môn kỹ thuật có trách nhiệm công khai danh sách các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được xếp cấp kèm theo số điểm trên Cổng thông tin điện tử của cơ quan và trên hệ thống thông tin về quản lý hoạt động khám bệnh, chữa bệnh;

g) Trường hợp thực hiện khám bệnh, chữa bệnh ngày nghỉ, ngày lễ, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải bố trí đủ nhân lực chuyên môn, bộ phận hành chính, tài chính kế toán để đáp ứng yêu cầu khám bệnh, chữa bệnh, kịp thời giải quyết quyền lợi của người bệnh và phù hợp với phạm vi khám bệnh, chữa bệnh vào ngày nghỉ, ngày lễ;

h) Tuân thủ các quy định về quản lý, sử dụng thuốc, thiết bị y tế nhằm bảo đảm chất lượng, an toàn trong cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;

i) Chỉ định đầy đủ và bảo đảm phạm vi chi trả của quỹ bảo hiểm y tế cho người tham gia bảo hiểm y tế theo yêu cầu chuyên môn và tình trạng bệnh; không được thu thêm của người bệnh bảo hiểm y tế và thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội các chi phí đã được tính trong kết cấu giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh được cấp có thẩm quyền quy định hoặc phê duyệt cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

3. Trách nhiệm giải trình với cơ quan quản lý nhà nước về y tế trong trường hợp có kiến nghị, phản ánh cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có hành vi vi phạm hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

4. Thực hiện các quyền và trách nhiệm khác theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế và khám bệnh, chữa bệnh.

XV. Kiểm tra việc thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

Điều 36 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP, ngày 01/7/2025 của Chính phủ Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế quy định về kiểm tra việc thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế như sau:

1. Các trường hợp kiểm tra bao gồm:

- a) Kiểm tra thường xuyên theo kế hoạch hằng năm;
- b) Kiểm tra đột xuất khi phát hiện có vi phạm pháp luật hoặc có dấu hiệu vi phạm liên quan tới việc thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

2. Nguyên tắc kiểm tra:

- a) Việc kiểm tra phải căn cứ vào kế hoạch kiểm tra đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt;

b) Việc kiểm tra thường xuyên bảo đảm nguyên tắc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không bị kiểm tra quá 01 lần về cùng 01 nội dung trong 01 năm kể cả các đoàn kiểm tra, thanh tra, kiểm toán của các cơ quan có thẩm quyền trừ trường hợp phát hiện có vi phạm pháp luật hoặc có dấu hiệu vi phạm;

c) Nội dung kiểm tra căn cứ vào các điều, khoản, nội dung, trách nhiệm trong hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đã ký kết. Không kiểm tra các nội dung ngoài phạm vi của hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đã ký và các nội dung không thuộc chức năng, nhiệm vụ của cơ quan bảo hiểm xã hội;

d) Kế hoạch kiểm tra phải được gửi cho đối tượng được kiểm tra ngay sau khi phê duyệt. Thời gian kiểm tra phải được thông báo cho đối tượng được kiểm tra trước khi tiến hành kiểm tra ít nhất 07 ngày; việc kiểm tra đột xuất phải có văn bản thông báo trước cho đối tượng kiểm tra trước ít nhất 01 ngày;

đ) Kết luận kiểm tra phải được gửi cho đối tượng được kiểm tra. Trong vòng 03 tháng kể từ ngày nhận được kết luận kiểm tra, đối tượng kiểm tra phải có báo cáo về việc thực hiện kết luận kiểm tra gửi cho cơ quan kiểm tra.

3. Bộ trưởng Bộ Tài chính quy định thẩm quyền kiểm tra việc thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế./.